

بررسی و ارزیابی بیماران قبل از بیهوشی (بیحسی)

بررسی و ارزیابی

- ۱- زمان ایده آل
- ۲- تاریخچه
- ۳- دارو درمانی جاری
- ۴- معاینه فیزیکی
- ۵- کلاس آ . اس . آ
- ۶- آگاه کردن بیمار
- ۷- اداره بیهوشی (بیحسی) و نحوه تسکین درد بعد از عمل
- ۸- رضایت نامه آگاهانه

دارو درمانی جاری

الف) عوامل فزاینده “ ماک داروهای بیهوشی

۱-مهار کننده های مونو امینو اکسیداز

۲-ضد افسردگیهای سه حلقه ای

۳-مصرف مزمن الکل

۴-دکسترو امفتامین حاد

۵-مصرف کوکائین حاد

ب) عوامل کاهنده نیاز “ماک” داروهای بیهوشی

- ۱- مسمومیت حاد اتانول
- ۲- آلفا متیل دوبا
- ۳- کلونیدین
- ۴- دکسترو آمفتامین مزمن
- ۵- وراپامیل
- ۶- سایمتیدین

ج) تقویت کننده شل کننده عضلانی

- ۱- منیزیم
- ۲- آمینو گلیکوزیدها
- ۳- لیدوکائین
- ۴- کینیدین
- ۵- لیتیوم

د) پاسخ اغراق آمیز به سمپاتومیمیتیکها

۱- مهار کننده های مونو آمینو اکسیداز

۲- ضد افسردگیهای سه حلقه ای

ه) عوامل کاهنده فعالیت سمپاتیکی محیطی

۱- آلفا متیل دوبا

۲- گوآنیتیدین

۳- کلونیدین

۴- بتا بلوکرها

و) عوامل فزاینده متابولیسم دارویی

۱- باربیتوراتها

۲- فنی توئین

۳- مصرف مزمن اتانول

۴- کورتیکو استروئیدها

ز) اختلال در متابولیسم دارویی

۱- مهار کننده های مونو آمینو اکسیداز

۲- دی سولفیرام

۳- اکوتیوفات

۴- ارگانوفسفره ها

طبقه بندی وضعیت فیزیکی بیمار (کلاس آ.اس.) (آ)

- ۱- کلاس (۱): بیمار بدون اختلال ارگانیکی. بیوشیمیایی و روانی
- ۲- کلاس (۲): بیمار با اختلال سیستمیک خفیف تا متوسط که ممکن است مربوط به عمل جراحی باشد یا نباشد.
- ۳- کلاس (۳): بیمار با اختلال سیستمیک شدید که ممکن است مربوط به عمل جراحی باشد یا نباشد.
- ۴- کلاس (۴): بیمار با اختلال سیستمیک شدید که با یا بدون عمل جراحی حیات بیمار را تهدید می کند.
- ۵- کلاس (۵): بیمار مردنی که شانس کمی برای زنده ماندن دارد و بعنوان آخرین شانس تن به عمل جراحی داده است.
- 6-EMERGENCY: هر بیماری که به عمل اورژانس نیاز داشته باشد.

بیماری قلبی

الف) عوامل مستقل پیش بینی کننده عوارض:

۱- جراحی بخش فوقانی شکم

۲- وجود تاریخچه بیماری ایسکمیک قلبی

۳- وجود تاریخچه ای از بیماری نارسایی احتقانی قلبی

۴- وجود تاریخچه ای از بیماری قلبی و عروقی

۵- انسولین درمانی قبل از عمل

۶- مقدار کراتینین سرم قبل از عمل بیشتر از ۲ میلی گرم در صد باشد.

ب) شناخت علایم و نشانه های بیماری قلبی

- ۱- آنژین صدری نا پایدار
- ۲- ها پیر کو آگولوپاتی
- ۳- تولید کاتکولامینهای درونزا
- ۴- فاصله زمانی سکتة قلبی قبلی با جراحی فعلی
- ۵- شناخت بیماران در معرض خطر بیماری عروق کرونری
 - ۵-۱) بیماری عروق محیطی
 - ۵-۲) دیابت شیرین
 - ۵-۳) هایپر تانسیون
 - ۵-۴) مصرف تنباکو
 - ۵-۵) هایپر کلسترولمی

ج) اعمال جراحی بزرگ

۱- جراحیهای عروقی، شکمی، قفسه سینه، و ارتوپدی
* در بیماران پر خطر: کاتتر شریان ریوی و اکو کاردیو
گرافی ترانس ازوفازیا ل ضروری است.

د) تحمل ورزش

- ۱- تست تحمل ورزش می تواند خطر را تعیین کند و نیاز به مانیتورینگ تهاجمی را مورد بررسی قرار دهد.
- ۲- قدم زدن به فاصله یک مایل بدون تنگی نفس و درد قفسه سینه

هایپر تانسیون

الف) ارزیابی:

۱- صدمات ارگانه‌ای انتهایی (کلیه و غیره)

۲- تغییر خود تنظیمی ارگانها

۳- ۴۰ درصد بیماران یا داروی کافی دریافت نمیکنند و یا خوب درمان

نمی شوند.

ب) لغو یا تعویق جراحی:

۱- فشار خون دیاستول بیشتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه

۲- فشار خون سیستول بیشتر از ۱۸۰ میلی متر جیوه

۳- بروز سر درد جدید

۴- صدمات ارگانه‌ای انتهایی

بیماری ریوی

الف) استراتژی کاهش عوارض حین عمل جراحی :
۱) قبل از عمل جراحی:

- ۱-۱) ترک سیگار ، حداقل به مدت ۸ هفته
- ۱-۲) درمان انسداد راه هوایی (آسم)
- ۱-۳) عفونت : آنتی بیوتیک درمانی
- ۱-۴) آموزش مانورهای متسع کننده ریه ها

استراتژی

۲) حین عمل جراحی :

۱-۲) مدت جراحی : کمتر از ۳ ساعت

۲-۲) در صورت امکان انجام بیحسی ناحیه ای

۳-۲) پر هیز از شل کننده های طولانی اثر

۴-۲) در صورت امکان انجام لاپاراسکوپی

۵-۲) در صورت امکان انجام عملهای محدودتر

در ناحیه فوقانی شکم و قفسه سینه .

استراتژی

۳ (بعد از عمل جراحی :

۳-۱ (تمرین تنفسی

۳-۲ (بی دردی بعد از عمل

۳-۳) برقراری فشار مثبت مداوم راه هوایی

ب (ارزیابی قبل از عمل

۱- تعیین نوع، شدت، و قابل برگشت بودن بیماری

۲- تاریخچه بیماریهای واکنشی راه هوایی

۳- اندیکاسیون مصرف استروئید

۴- شروع یا تشدید ویزینگ در بیماریهای مزمن

انسدادی ریه به معنی بروز برونشیت یا پنومونی که اندیکاسیون تجویز انتی بیوتیک می باشد .

۵- دیس پنه و کاهش تحمل ورزش : افزایش خطر حین

عمل جراحی .

ج) ترک سیگار

- ۱- ۲۴ ساعت : باعث کاهش کربوکسی هموگلوبین میشود .
- ۲- بیشتر از ۶ هفته باعث بهبود فعالیت مژکهای پاک کننده راه هوایی می شود .

د) سرفه یا عفونت تنفسی فوقانی

- ۱- بدلیل بروز مشکلات تنفسی (اسپاسم و غیره) سلامت بیمار را تهدید میکند .
- ۲- جراحی الکتیو باید به تعویق بیفتد .

ه) آینه

- ۱- آینه در خلال خواب احتمال لوله گذاری مشکل بیمار را مطرح میکند .
- ۲- این بیماران در حالت خوابیده به پشت ویزینگ را نشان میدهند .

اختلالات غدد درون ریز

الف) دیابت شیرین :

- ۱- جراحی و استرس دیابت را بدتر می کنند و باعث مقاومت به انسولین می شود .
- ۲- عفونت، چاقی ، بیماری کبدی و استروئید درمانی هم مقاومت به انسولین را افزایش می دهند .
- ۳- در خلال بیهوشی هیپوگلیسمی میتواند اتفاق بیفتد و باعث صدمات مغزی شود .
- ۴- افزایش قابل قبول قند خون در خلال بیهوشی حدود ۱۳-۶ میلی مول در لیتر است .
- ۵- رژیم دارویی فعلی
- ۶- دوره های هیپو گلیسمی و هیپر گلیسمی

(ب) بیماری تیروئید

۱- بزرگی توده ، انحراف راه هوایی

۲- وجود ویزینگ مشکلات راه هوایی را مطرح میکند .

(ج) فئو کرو موسیتوما

۱- هیپرتانسیون متناوب ، سر درد ، تعریق و تاکیکاردی

(د) کورتیکواستروئیددرمانی

- ۱-درمان طولانی مدت : تجویز استروئید حین عمل جراحی
- ۲- درمان کوتاه مدت طی ۱۲ ماه اخیر : تجویز استروئید حین عمل توصیه می شود .

ارزیابی سیستمهای دیگر بدن

۱- بیماری کلیه :

۱-۱) مایع درمانی

۱-۲) متابولیسم داروئی

۲- بیماری کبدی :

۲-۱) پروتئین باند

۲-۲) حجم توزیع داروها

۲-۳) اختلالات انعقادی

ارزیابی

۳- بیماریهای عفونی : رعایت احتیاطات جهانی

۴- اختلالات انعقادی : مصرف دارو و

۵- اختلالات اسکلتی عضلانی :

۱-۵) سندروم هیپرترمی بدخیم

۲-۵) استئوآرتریت

۶- اختلالات عصبی :

۱-۶) تاریخچه سکته مغزی

۲-۶) وجود اختلال عصبی : معیار قضاوت

۳-۶) علائم افزایش فشار داخل جمجمه

معاینه فیزیکی

الف) معاینه راه هوایی :

۱- فاصله تیرومنتال

۲- تست مالمپاتی

۳- خم و راست کردن گردن

۴- باز کردن دهان

معاینه

ب) دستگاه قلبی و عروقی :

- ۱- فشار خون (ار هر دو بازو)
- ۲- سمع قلب
- ۳- نبض های محیطی

ج) دستگاه ریوی :

- ۱- سمع رال
- ۲- سمع ویزینگ

د) دستگاه عصبی :

- ۱- نوروپاتی محیطی

اطلاعات آزمایشگاهی

الف) نتایج آزمایشگاهی :

- ۱- در افراد سالم : ۵ درصد مثبت کاذب
- ۲- تفسیر نتایج باید در متن شرایط بالینی صورت گیرد .

ب) آزمایشات قبل از عمل :

- ۱- شیوع بیماری در جامعه
- ۲- حساسیت
- ۳- اختصاصی بودن

اطلاعات.....

(ج) آزمایشات :

۱- باید اندیکاسیون مشخص داشته باشد .

۲- در بررسی تاریخچه یا معاینه فیزیکی یافته مثبتی وجود داشته باشد .

(د) شمارش کامل سلولی و هموگلوبین :

۱- در صورت پیش بینی عدم تلفات خون ، انجام آزمایش باید سؤال شود

۲- در افراد بدون بیماری سیستمیک هموگلوبین بالاتر از ۷ گرم درصد قابل قبول است .

۳- در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری هموگلوبین بالاتر از ۱۰ گرم درصد قابل قبول است .

۴- در بیماری سیستمیک : تاکیکاردی و تاکی پنه : ترانسفوزیون خون

اطلاعات.....

(ه) الکترولیتها :

- در بیماران مسن : کراتینین سرم و گلوکز

(و) مطالعات انعقادی :

- در غیاب علائم و نشانه ها انجام آزمایشات :

زمان پروترومبین ، زمان نسبی ترومبوپلاستین
و زمان سیلان توصیه نمی شود .

اطلاعات

ز) آزمایش کامل ادرار :

- در بیماران بدون علائم و نشانه ها ، ارزش
چندانی ندارد .

ح) آزمایش حاملگی

ط) گرافی سینه : ۱- وجود شواهد بالینی

۲- در افراد بالاتر از ۶۰ سال

آزمایشات قلبی و عروقی

الف) الکتروکاردیوگرافی :

- ۱- وجود موج Q پاتولوژیک . .
- ۲- در بیماران سرپائی ضرورتی ندارد .
- ۳- در بیماران قلبی و عروقی باید انجام شود.
- ۴- در مردان بالاتر از ۴۰ سال و زنان بالاتر از ۵۰ سال باید انجام شود .

آزمایشات قلبی و عروقی غیر تهاجمی

الف) تست ورزش :

- ۱- وجود ایسکمی ناشی از ورزش را تأیید میکند .
- ۲- در غیاب تاریخچه ای عدم تحمل ورزش انجام این تست ضرورتی ندارد .
- ۳- در بیماران پر خطر که قادر به تحمل ورزش نیستند ، تست های جایگزین باید استفاده شود .

آزمایشات قلبی و عروقی ...

(ب) عکسبرداری ورزشی با تالیوم

(ج) عکسبرداری با تالیوم تحت استرس فارماکولوژیکی :

۱- دی پریدامول و آدنوزین به عنوان وازودیلاتور

۲-دوبوتامین جهت افزایش نیاز به اکسیژن

(د) الکتروکاردیوگرافی سرپائی (هالتر مانیتورینگ) جهت
بررسی مداوم علائم ایسکمی

آزمایشات قلبی و عروقی

ه) بررسی عملکرد بطنی و عروقی :

۱- اکوکاردیوگرافی

۲- شناخت آسیبهای دریچه ای

۳- بررسی کسر تخلیه

و) آنژیوگرافی عروق کرونری : استاندارد طلایی

تست های عملکرد ریوی

الف (اسپرومتری :

۱- بررسی حجم ها و ظرفیت های ریوی

۲- بررسی پاسخ به برونکودیلاتورها در بیمارانی که

دچار ویزینگ هستند .

ب) تجزیه و تحلیل گازهای خون شریانی